

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado paciente a paciente con linfoma no Hodgkin de células T/NK nasal en el Servicio Quimioterapia de un hospital de Lima, 2018

Por:

Maritza Patricia Morales Cabanillas de Gómez

Asesora:

Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

Lima, abril de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, MARÍA TERESA CABANILLAS CHÁVEZ, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado paciente a paciente con linfoma no Hodgkin de células T/NK nasal en el Servicio Quimioterapia de un hospital de Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada MORALES CABANILLAS DE GOMEZ MARITZA PATRICIA, para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Oncología ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los treinta días del mes de abril de 2019.



Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

Proceso de atención de enfermería aplicado paciente a paciente con linfoma no Hodgkin de
células T/NK nasal en el Servicio Quimioterapia de un hospital de Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en
Oncología

JURADO CALIFICADOR



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Presidente



Dra. Danitza Raquel Casildo Bedón

Secretario



Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

A sesor

Lima, 30 de abril de 2019

Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas	vi
Índice de anexos.....	viii
Símbolos usados.....	ix
Resumen.....	x
Capítulo I: Valoración.....	11
Datos generales.	11
Días de hospitalización:3 días	11
Días de atención de enfermería: 2 días.....	11
Valoración según patrones funcionales.....	11
Datos de valoración complementarios	14
Exámenes auxiliares.....	14
Tratamiento médico.....	16
Capítulo II: Diagnóstico, planificación y ejecución	17
Diagnostico enfermero	17
Primer diagnóstico.....	17
Segundo diagnóstico.	17
Tercer diagnóstico.	17
Cuarto diagnóstico.....	18
Quinto diagnóstico.	18
Sexto diagnóstico	18
Séptimo diagnóstico.	19

Octavo diagnóstico.	19
Planificación.....	19
Priorización.	19
Plan de cuidados.....	21
Capítulo III: Marco teórico	28
CP Linfoma No Hodgkin de célula T/NK tipo nasal	28
Protección ineficaz	31
Trastorno de la imagen corporal	32
Deterioro de la comunicación verbal	34
Riesgo de cansancio del rol de cuidador	35
Disposición para mejorar el bienestar espiritual	36
Capítulo IV: Evaluación y conclusiones.....	38
Evaluación por días de atención:.....	38
Primer diagnóstico.....	38
Segundo diagnóstico.	38
Tercer diagnóstico.	38
Cuarto diagnóstico.....	39
Quinto diagnóstico.	39
Conclusiones:	39
Bibliografía	40
Apéndices.....	46
.....	49

Índice de tablas

Tabla 1	14
Hemograma completo	14
Tabla 2	15
Transaminasa glutamico piruvica tgp	15
Tabla 3	15
Creatinina	15
Tabla 4	15
Glucosa.....	15
Tabla 5	15
Grupo sanguíneo y factor	15
Tabla 6	21
Diagnóstico de enfermería: CP Linfoma No Hodgkin.....	21
Tabla 7	23
Diagnóstico de enfermería: Protección ineficaz relacionado a cáncer evidenciado por inmunodeficiencia.....	23
Tabla 8	24
Diagnóstico de enfermería: Trastorno de la imagen corporal relacionado a enfermedad secundario a Linfoma No Hodgkin evidenciado por ausencia de una parte del cuerpo y preocupación por la pérdida de tabique nasal y temor a la reacción de los demás.....	24
Tabla 9	25
Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la comunicación verbal relacionado a defecto orofaríngeo por enfermedad fisiológica evidenciado por alteración de la fonética.....	25

Tabla 10	26
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de cansancio del rol de cuidador relacionado a el cuidador es la pareja y salud inestable del receptor de los cuidados.	26

Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración	46
Apéndice B: Consentimiento informado	48
Apéndice C: Escalas de evaluación	49

Símbolos usados

PAE: Proceso de atención de enfermería

UCI: Unidad de cuidados intensivos

LNH: Linfoma No Hodgkin

Resumen

La aplicación del presente proceso de atención de enfermería corresponde al paciente J.P.B., aplicado durante 3 días al paciente a partir del primer día de su ingreso al servicio de Oncología de un hospital de Lima. El Dx. de ingreso fue Linfoma de Células T/NK nasal. En los 3 días de brindar los cuidados de enfermería se identificaron 8 diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron 5 diagnósticos de enfermería que fueron: CP. Linfoma No Hodgkin de célula T/NK tipo nasal; trastorno de la imagen corporal relacionado a enfermedad secundario a Linfoma No Hodgkin evidenciado por ausencia de una parte del cuerpo y preocupación por la pérdida de tabique nasal y temor a la reacción de los demás; deterioro de la comunicación verbal relacionado a defecto orofaríngeo por enfermedad fisiológica evidenciado por dificultad para hablar y pronunciación poco clara; riesgo de cansancio del rol de cuidador relacionado a el cuidador es la pareja y salud inestable del receptor de los cuidados, y disposición para mejorar el bienestar espiritual evidenciado por expresar deseo de mejorar el afrontamiento y la esperanza. Los objetivos generales fueron: Controlar el proceso del linfoma No Hodgkin; el paciente mantendrá una mejor imagen corporal durante su hospitalización; el paciente presentará una mejor comunicación verbal, familiar del paciente; disminuirá el riesgo del cansancio del rol de cuidador después del asesoramiento brindado durante el turno; el paciente evidenciará bienestar espiritual, después de aplicarse el apoyo espiritual. De los cinco objetivos planteados, el segundo, tercero, cuarto y quinto fueron alcanzados, sin embargo, el primero fue parcialmente alcanzado por la patología que padece el paciente.

Palabras claves: *Proceso de atención de enfermería, Linfoma No Hodgkin, cáncer, enfermería.*

Capítulo I

Valoración

Datos generales.

Nombre: J. P. B.

Edad: 54 años

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: Paciente adulto varón de 54 años que ingresa a las 8.30 a.m. procedente de su domicilio, en compañía de su esposa y refiere que ingresa al servicio de oncología para recibir tratamiento de quimioterapia de primera línea planificado por médico tratante, el diagnóstico médico del paciente es Linfoma No Hodgkin de célula T/NK tipo nasal.

Días de hospitalización: 3 días

Días de atención de enfermería: 2 días

Valoración según patrones funcionales

Patrón I: Percepción Control de la Salud.

Paciente en buen estado de higiene, sin referir antecedentes familiares, actualmente en tratamiento quimioterápico, habiendo recibido 5 cursos de quimioterapia previa y acude para recibir el 6to curso. Refiere que siente fatiga moderada y que el médico tratante le ha comunicado que la causa es el propio tratamiento quimioterápico.

Patrón II: nutricional-metabólico

Paciente evidencia a las medidas antropométricas un peso de 75 Kg, talla de 1.75 cm siendo como resultado un IMC de 24.49; presenta piel tibia con una temperatura de 37°C, ligeramente pálida y seca, tiene ausencia de tabique nasal por el cáncer que padece, la cavidad oral se mantiene sin lesiones, sin embargo, las piezas dentales están incompletas,

abdomen blando depresible, no dolorosos a la palpación, ruidos hidroaereos presentes. No presenta cambios de peso en los últimos días, actualmente se encuentra con una dieta balanceada y debe consumir todos los alimentos cocidos. Comenta: “Mi dieta en casa es completa y balanceada siempre después de la primera semana post tratamiento se me baja el apetito, pero posteriormente lo recupero y como muy bien”. Miembros inferiores normales libre de edemas.

Patrón III: Eliminación

Paciente refiere presentar deposiciones normales, diarias (01 vez por día), diuresis espontanea, con una frecuencia de 05 a 06 veces diarias, lo que es normal en un paciente oncológico.

Patrón IV: Actividad-ejercicio

En la actividad respiratoria, el paciente presenta una frecuencia respiratoria de 19 por minuto, con buen pasaje aéreo en ambos campos pulmonares y sin secreciones anormales. No refiere cansancio; en la actividad circulatoria, el paciente presenta una presión arterial de 100/60mmHg y frecuencia cardiaca de 72 latidos por minuto. Es portador de un catéter venoso periférico N° 22 en dorso de mano derecha por pasar 500 cc de solución de cloruro de sodio al 0.9%. en la capacidad de cuidado paciente se muestra independiente, no utiliza aparatos para movilizarse, con miembros inferiores móviles y con fuerza muscular conservada.

Patrón V: Descanso –Sueño

El paciente no presenta problemas para dormir, duerme entre ocho a diez horas diarias.

Patrón VI: Perceptivo-Cognitivo

El paciente, al momento de evaluación, se encuentra orientado en tiempo espacio y persona. No presenta problemas de audición, visión, si del lenguaje presenta un hablar gangoso debido a la falta del tabique nasal ocasionado por enfermedad.

Patrón VII: Autopercepción –Autoconcepto

El paciente preocupado por su estado de salud actual, se muestra preocupado por relaciones de su entorno no familiar por secuelas en su rostro producto de su enfermedad.

Patrón VIII: Relaciones-Rol

El paciente de estado civil casado, en el momento se encuentra con descanso médico prolongado de su trabajo (aprox. 01 año). El paciente refiere mantener buenas relaciones con la pareja, vive con su familia y cuenta con apoyo de la misma.

Patrón IX: Sexualidad – reproducción

El paciente refiere que desde que comienzo su enfermedad ha disminuido su apetito sexual, lo relaciona con la ansiedad y preocupación por su enfermedad y tratamiento; sin embargo, También refiere que tiene mucha comprensión por parte de su esposa y eso le ayuda en cierta manera a sobrellevar este problema.

Patrón X: Adaptación – tolerancia al estrés

El paciente con estado emocional de ansiedad y temor. Sabe que tiene una enfermedad grave que puede comprometerle la vida. “Refiere que solo le pide a Dios que lo ayude en este proceso y logre su curación” “me preocupa el futuro de mi esposa e hijos si es que algo malo me pasara”. En relación al Linfoma que padece refiere: “Tengo que poner de mi parte para superar esta enfermedad difícil, los estragos del tratamiento son a veces muy molestos, pero tengo que colaborar”.

Patrón XI: Valores-creencias

El paciente refiere profesar la fe católica, no presenta restricción religiosa, acude a misa todos los domingos, inclusive escucha la misa en la capilla del hospital cuando está internado.

Datos de valoración complementarios

Exámenes auxiliares.

Tabla 1
Hemograma Completo

Análisis-hematología	Resultado	Rango de referencia
GLOBULOS BLANCOS	10,100/mm ³	4,500-11,000
Segmentados	75%	50-70
Eosinófilos	2%..	2.0-4.0
Basófilos	0.0%	0.0-1.0
Monocitos	4%	2.0-8.0
Linfocitos	19%	25.0-40.0
GLOBULOS ROJOS	3,430.000/mm ³	4,100.000-5.100.000
Hemoglobina	11.0 gr/dl	12.3-15.3
Hematocrito	32%	35.0-47.0
Volumen corpuscular medio	82fl	80.0-96.0
Hemoglobina corpuscular media	28pg	27-31
RECuento DE PLAQUETAS	351,000/mm ³	150.000-450.000
Volumen plaquetario medio	6.8fl	6.5-9.5

Interpretación: Anemia leve

Tabla 2
Transaminasa glutamico piruvica tgp

Análisis-hematológico	Resultado	Rango de referencia
TGP	35mg/dl	5-40mg7dl.

Interpretación: Examen dentro de los valores normales

Tabla 3
Creatinina

Análisis-hematológico	Resultado	Rango de referencia
Creatinina	0.9mg/dl	0.7-1.3mg7dl.

Interpretación: Examen dentro de los valores normales

Tabla 4
Glucosa

Análisis-hematológico	Resultado	Rango de referencia
Glucosa	90mg/dl	70-110mg7dl.

Interpretación: Examen dentro de los valores normales

Tabla 5
Grupo sanguíneo y factor

Compuesto	
Grupo sanguíneo	O
Factor RH	POSITIVO

Tratamiento médico.

Primer día

Dieta completa todo cocido

CFV-BHE

Na cl 0.9% a 30 gts x´

Segundo día:

Dieta completa todo cocido

CFV-BHE

Na cl 0.9% a 30 gts x´

Ondasetron 8mg 03 apm/ev

Clorfeniramina 10mg/ev

Dexametazona 20mg/ev

Ranitidina 40mg/ev

Ciclofosfamida 1,410 mg + Na cl 0.9% 100cc/ev/15 min

Vincristina 2 mg/ev + Na cl 0.9% 100cc/ev/15 min

Doxorrubicina 94 mg/ev + Na cl 0.9% 100cc/ev/15 min

Tercer día:

Dieta completa todo cocido

CFV-BHE

Na cl 0.9% a 30 gts x´

Capítulo II

Diagnóstico, planificación y ejecución

Diagnostico enfermero

Primer diagnóstico.

CP Linfoma No Hodgkin

Definición: es un linfoma predominantemente extranodal, asociado al virus Epstein-Barr; tiene localización nasal (abarca lesiones del tracto aerodigestivo superior); se caracteriza por daño vascular con patrones angiocéntrico y angiodestructivo, presencia de linfocitos de tamaños variables, mezclados con eosinófilos, plasmocitos o histiocitos y en tamaño grande puede semejar un proceso inflamatorio con extensión al tejido subcutáneo, con necrosis, así como ulceraciones (Ballinas, Arenas, Vega, & Toussaint, 2016).

Signos y síntomas: Ausencia de tabique nasal por ulceración, piel ligeramente seca.

Enunciado: CP Linfoma No Hodgkin de célula T/NK tipo nasal.

Segundo diagnóstico.

Características definitorias: Inmunodeficiencia.

Etiqueta diagnóstica: Protección Ineficaz.

Factor relacionado: Enfermedad actual.

Enunciado diagnóstico: Protección ineficaz relacionado a enfermedad actual evidenciado por inmunodeficiencia.

Tercer diagnóstico.

Características definitorias: Ausencia de una parte del cuerpo, preocupación por la pérdida y temor a la reacción de los demás.

Etiqueta diagnóstica: Trastorno de la imagen corporal.

Factor relacionado: Enfermedad.

Enunciado diagnóstico: Trastorno de la imagen corporal relacionado a enfermedad secundario a Linfoma No Hodgkin evidenciado por ausencia de una parte del cuerpo y preocupación por la pérdida de tabique nasal y temor a la reacción de los demás.

Cuarto diagnóstico.

Características definitorias: Alteración de la fonética

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la comunicación verbal

Factor relacionado: Defecto orofaríngeo por enfermedad fisiológica

Enunciado diagnóstico: Deterioro de la comunicación verbal relacionado a defecto orofaríngeo por enfermedad fisiológica evidenciado por alteración de la fonética.

Quinto diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de cansancio del rol de cuidador

Factor de riesgo: El cuidador es la pareja y salud inestable del receptor de los cuidados.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de cansancio del rol de cuidador relacionado a el cuidador es la pareja y salud inestable del receptor de los cuidados.

Sexto diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Factor de riesgo: Agentes farmacológicos.

Enunciado diagnóstico

Característica definitoria: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado a agentes farmacológicos.

Séptimo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Disposición para mejorar el bienestar espiritual

Enunciado diagnóstico: Disposición para mejorar el bienestar espiritual evidenciado por expresar deseo de mejorar el afrontamiento y la esperanza.

Octavo diagnóstico.

Característica definitoria: Temor, incertidumbre, angustia

Etiqueta diagnóstica: Ansiedad

Factor relacionado: Grandes cambios en la salud

Enunciado diagnóstico: Ansiedad relacionado a grandes cambios en la salud evidenciado por temor, incertidumbre y angustia.

Planificación**Priorización.**

1. CP Linfoma No Hodgkin de célula T/NK tipo nasal.
2. Protección ineficaz relacionado a enfermedad actual con proceso de enfermedad relacionado a cáncer evidenciado por inmunodeficiencia.
3. Trastorno de la imagen corporal relacionado a enfermedad secundario a Linfoma No Hodgkin evidenciado por ausencia de una parte del cuerpo y preocupación por la pérdida de tabique nasal y temor a la reacción de los demás.
4. Deterioro de la comunicación verbal relacionado a defecto orofaríngeo por enfermedad fisiológica evidenciado por dificultad para hablar y pronunciación poco clara.

5. Riesgo de cansancio del rol de cuidador relacionado a el cuidador es la pareja y salud inestable del receptor de los cuidados.
6. Disposición para mejorar el bienestar espiritual evidenciado por expresar deseo de mejorar el afrontamiento y la esperanza.
7. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado a agentes farmacológicos.
8. Ansiedad relacionada a grandes cambios en la salud evidenciado por temor, incertidumbre y angustia.

Plan de Cuidados

Tabla 6

Diagnóstico de enfermería: CP Linfoma No Hodgkin

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución								
		10/08/18			11/08/18			12/08/18		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Controlar el proceso del linfoma No Hodgkin	1. Controlar signos vitales: temperatura, frecuencia cardiaca.	8 a.m.			8 a.m.			8 a.m.		
	2. Realizar lavado de manos utilizando los 5 momentos y 11 pasos	7:45 a.m.			7:45 a.m.			7:45 a.m.		
	3. Informar al paciente las características de su enfermedad y el efecto que esta ejerce sobre su organismo	8 a.m.			8 a.m.			8 a.m.		
	4. Informar al paciente sobre el tratamiento que se le va administrar según indicación medica				8:15 a.m.					
	5. Administrar Ondasetron 8mg 03 apm/ev (pre quimioterapia)				8:30 a.m.					
	6. Administrar Clorfeniramina 10mg/ev				8:30 a.m.					
	7. Administrar Dexametazona 20mg/ev				8:30 a.m.					
	8. Administrar Ranitidina 40mg/ev				8.30 a.m.					

9. Administrar Vincristina 2mg mg + Na cl 0.9% 100c EV en 15 minutos.		9:00 a.m.	
10. Administrar Doxorrubicina 94 mg + Na Cl 9% 100 cc EV en 30 minutos		9:30 a.m.	
11. Administrar ciclofosfamida 1,410 mg + Na cl 0.9% 500cc por vía EV pasar en una hora.		10:15 a.m.	
12. Vigilar el estado de la piel	11:15 a.m.		11:15 a.m.
13. Mantener hidratado al paciente		11:15 a.m.	
	11:15 a.m.	11:15 a.m.	11:15 a.m.

Tabla 7

Diagnóstico de enfermería: Protección ineficaz relacionado a cáncer evidenciado por inmunodeficiencia.

	Planificación	Ejecución								
Objetivo / Resultados	Intervenciones	10/08/18			11/08/18			12/08/18		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: El paciente evidenciará protección eficaz.	1. Realizar lavado de manos antes y después de tener contacto con el paciente. 2. Utilizar las medidas de bioseguridad al tener contacto con el paciente.									
Resultado:										
1. El paciente presentará mejoría en el sistema inmunológico.	3. Incentivar al paciente a ingerir sus alimentos completos en cada comida. 4. Explicar al paciente la importancia del cuidado de su piel. 5. Vigilar constantemente los resultados de laboratorio principalmente el hemograma completo. 6. Explicar al paciente las situaciones que requieren de atención médica.	→			→			→		

Tabla 9

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la comunicación verbal relacionado a defecto orofaríngeo por enfermedad fisiológica evidenciado por alteración de la fonética

[illegible]

Tabla 10

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de cansancio del rol de cuidador relacionado a el cuidador es la pareja y salud inestable del receptor de los cuidados

	Planificación	Ejecución								
Objetivo / Resultados	Intervenciones	10/08/18			11/08/18			12/08/18		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: El familiar del paciente disminuirá el riesgo del cansancio del rol de cuidador después del asesoramiento brindado durante el turno.	1. Brindar asesoramiento en la utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales. 2. Potencializar los roles, ayudará al paciente, a un ser querido y/o a la familia a mejorar sus relaciones clarificando y complementando las conductas de papeles específicos 3. Brindar apoyo al cuidador principal, suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios. 4. Fomentar la implicación familiar para facilitar la participación de la familia									
		→			→			→		

en el cuidado emocional y físico del paciente.

5. Brindar apoyo a la familia con estimulación de los valores, intereses y objetivos familiares.
 6. Brindar cuidados de corta duración para proporcionar descanso a un cuidador familiar.
-

Capítulo III

Marco teórico

CP Linfoma No Hodgkin de célula T/NK tipo nasal

Según Ballinas, Arenas, Vega, y Toussaint (2016), el linfoma nk-t tipo nasal es un linfoma predominantemente extranodal, asociado al virus Epstein-Barr, tiene localización nasal (abarca lesiones del tracto aerodigestivo superior), se caracteriza por daño vascular con patrones angiocéntrico y angiodestructivo, presencia de linfocitos de tamaños variables, mezclados con eosinófilos, plasmocitos o histiocitos y en tamaño grande puede semejar un proceso inflamatorio con extensión al tejido subcutáneo, con necrosis, así como ulceraciones.

Además, este tipo de linfoma no tiene predilección de género, afectando tanto hombres como mujeres y, geográficamente, se observa en mayor frecuencia en orientales, sudamericanos y mexicanos (Meneses, Súchil, De la Garza, & Gómez, 2002).

El linfoma de tipo nasal es un tumor agresivo de células nk y presenta dos variantes, que dependen del sitio de origen, éste puede ser nasal o extranasal (lenken), Los de tipo nasal se presentan principalmente en vías aéreas superiores, siendo la región centrofacial la más característica (López, y otros, 2017).

Respecto a la terapéutica de los linfomas no Hodgkin de cabeza y cuello, normalmente consiste en radioterapia, quimioterapia o en una combinación de estas. El esquema clásico de quimioterapia consiste en CHOP (ciclofosfamida, adriamicina, vincristina, prednisona) en ciclos cada 21 días. En general, son dos los factores que influyen en el pronóstico de un paciente con esta clase de linfoma, el grado de malignidad y el estadio clínico en el momento del diagnóstico (Briseño, Rodriguez, Hernandez, & Luna, 2004).

En el paciente en estudio, padece el tipo de cáncer ya mencionado, siendo tratado con quimioterapia ya hace cinco sesiones con el esquema de Ciclofosfamida, Vincristina y Doxorubicina, su evolución es estable, aunque ya no cuenta con el tabique nasal debido al proceso patológico.

Las intervenciones a realizar en el paciente en estudio estuvieron enfocadas a controlar el proceso del linfoma, para esto el primer lugar se debe vigilar los signos vitales, en referencia a esto Penagos, Dary, & Vera (2004) menciona que los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser cualificados ni cuantificados. Los cuatro principales signos vitales son: Frecuencia cardíaca, que se mide por el pulso, en latidos/minuto, frecuencia respiratoria, tensión (presión) arterial y temperatura.

También, es importante dialogar con el paciente sobre su enfermedad, brindando información clara y veraz, el acceso a la verdad es un derecho de todos los pacientes sencillamente porque cada persona tiene derecho a decidir, con apoyo y conocimiento de causa, sobre aspectos tan importantes de su vida como el proceso de salud/enfermedad o de vida/muerte (Barbero, 2006).

Para iniciar la quimioterapia, el paciente tiene indicado Ondasetron 8mg tres ampollas por vía endovenosa, este fármaco es usado por ser un antagonista selectivo del receptor de serotonina 5-HT₃, es bien establecido en pacientes con náuseas y vómitos asociados con quimioterapia, radioterapia o anestesia y cirugía de cáncer (Wilde & Markham, 1996).

Luego se debe administrar la vincristina, que es un alcaloide antitumoral extraído de la *Vinca rosae* Linn, (*Catharanthus rosea*, hierba de la doncella), el efecto más evidente y

principal responsable (aunque quizá no único) de la acción antitumoral de la vincristina es la detención de la mitosis en metafase, con dispersión y desorganización del material cromosómico (Centro colaborador de La Administración Nacional de Medicamentos, 2007). Este fármaco debe ser administrado en quince minutos, de forma lenta y segura, ya que la extravasación de líquidos puede ocasionar daños perjudiciales en la piel, después de administrarlo se debe lavar la vía endovenosa con 100 cc de cloruro de sodio al nueve por ciento.

Después, está indicado Doxorrubicina, en relación a esto el mismo autor menciona que, este fármaco es un agente antineoplásico de antraciclina utiliza para tratar una amplia variedad de tumores sólidos y hematógenas. Debe ser administrado por vía endovenosa en un tiempo mínimo de treinta minutos, y después de pasar todo el medicamento, la vía debe ser permeabilizada con 100 cc de cloruro de sodio.

Finalmente, se debe administrar la ciclofosfamida, este medicamento es un agente alquilante comúnmente utilizado como fármaco antineoplásico e inmunosupresor, su mecanismo de acción consiste en alquilar el ADN alterando la estructura de los ácidos nucleicos, por lo tanto, la división celular no se realiza adecuadamente (Acosta, Núñez, Vásquez, & Pino, 2012). En el paciente de estudio este medicamento está indicado para ser administrado por vía endovenosa y diluido en 100 cc de cloruro de sodio, y también al finalizar el medicamento debe lavarse la vía con cloruro de sodio.

Y por última intervención, se debe mantener hidratado al paciente vigilando el estado de su piel, ya que por el mismo tratamiento que recibe y patología que padece tiende a presentar resequedad de la piel.

Protección ineficaz

Según NANDA (2015-2017), es la disminución de la capacidad para protegerse de amenazas internas o externas, como enfermedades o lesiones.

La Real Academia Española (2019) define protección como la acción de proteger o impedir que una persona o una cosa reciba daño o que llegue hasta ella algo que lo produzca. En el caso de estudio esta acción es ineficaz porque el paciente está en constante riesgo de ser lesionado de diferentes formas.

Esto se debe y está directamente relacionado a la enfermedad oncológica que padece y a los efectos que tiene la quimioterapia en el sistema inmunitario del paciente. Se sabe que este se encarga de defender al cuerpo de posibles daños con las muchas células que posee. Todas las células de este sistema se originan en la médula ósea, donde muchas de ellas maduran y luego migran hacia los tejidos a través de la circulación, tanto sanguínea como linfática. Las células blancas del sistema inmune derivan de una célula precursora en la médula ósea (stem cell o célula hematopoyética pluripotencial), de la cual se desprenden otros 2 precursores: el mieloide y el común linfoide (Guevara, Castellanos, Robinson, & Vasquez, 2002).

Las intervenciones a realizar frente a este problema están direccionadas a proteger al paciente de posibles lesiones, es por esto que lo primero a realizar será el correcto lavado de manos, esta es la medida universal más efectiva y económica que se conoce para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas y solo requiere de la existencia permanente de un caño de agua corriente, jabón preferentemente líquido y toallas desechables de papel en todas las salas de pacientes hospitalizados o transitorios (Anaya, y otros, 2007).

También es importante utilizar las barreras de protección al tener contacto con el paciente, estas son medidas preventivas que se implementan en las instituciones para proteger la

salud y disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos, los cuales están presentes en el ambiente, especialmente en el área hospitalaria; es por esto que se debe hacer uso de los guantes, gorro, mascarilla y bata; el uso de estos implementos reduce el riesgo de contaminar al paciente de alguna posible enfermedad y también permite al personal de salud protegerse.

Por otro lado, la incapacidad para mantener un adecuado estado nutricional es un problema frecuente en el paciente oncológico. La propia enfermedad, así como las diferentes variedades de tratamiento oncoespecíficos, puede conducir a la desnutrición energético-nutricional, que puede ser grave, con implicaciones pronósticas, debido a la escasa tolerancia y respuesta a la terapéutica citorreductora, es por esto que con el apoyo nutricional se puede disminuir las complicaciones que puedan originarse de la conducción de los mismos, y permitirle al enfermo una mejor calidad de vida (Chon, y otros, 2009).

Añadido a esto, el revisar constantemente los exámenes de laboratorio permitirá controlar los cambios sanguíneos e identificar las necesidades en el régimen del tratamiento; seguido a esto se debe educar al paciente sobre las situaciones que requieren de atención médica como la orina sanguinolenta o turbia, la indigestión, vomito persistente, diarrea fiebre alta, sed excesiva, dolor intenso articular u óseo, dolor torácico intenso con o sin tos, dolor abdominal después de las comidas, aumento de fatiga, falta de cicatrización o cualquier signo o síntoma neurológico (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2008).

Trastorno de la imagen corporal

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente, una cosa es la apariencia física y otra distinta la imagen corporal, personas con una apariencia física que se aleja de los cánones de belleza pueden sentirse bien con su imagen corporal y de modo contrario, personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse

así. La apariencia física es la primera fuente de información en la interacción social, es la realidad física, y sabemos que la fealdad, la desfiguración, la deformación congénita, los traumatismos, etc. aumentan el riesgo de problemas psicosociales de las personas que los padecen (Salaberria, Rodríguez, & Cruz, 2007).

Este diagnóstico está relacionado a la enfermedad, en el caso de estudio es por el Linfoma No Hodgkin de célula T/NK tipo nasal; en referencia a esto Fernández (2004) refiere que los cambios en la apariencia física que con frecuencia aparecen como consecuencia de la enfermedad o los tratamientos oncológicos es otra fuente de estrés a la que los pacientes de cáncer deben enfrentarse. Su capacidad para aceptar y adaptarse a estos cambios repercute directamente en su estado emocional, en su calidad de vida y en su funcionamiento personal, familiar, social y laboral.

Las intervenciones a realizar estarán direccionadas a incentivar la aceptación de la nueva imagen que percibe el paciente, es por esto que se debe iniciar con la aceptación y el apoyo por parte de familiares y amigos, esto juega un papel muy importante para facilitar la propia aceptación de la nueva imagen corporal. El contacto físico, la cercanía, las señales no verbales de aceptación y agrado ante su presencia, son cruciales para generar emociones positivas asociadas a su nueva imagen y facilitan la reintegración social (Trill, Trill, & Goyanes, 2003).

Además, es necesario incentivar el uso de prótesis adecuadas y adaptadas a las necesidades de cada persona, de ropa especial, el hecho de poder aprender nuevas formas de arreglarse o cuidarse, el acceso a métodos de reconstrucción quirúrgica o a cualquier otro recurso va a ayudar a reducir los efectos negativos de estos cambios corporales y va a facilitar que la persona se pueda sentir más cómoda consigo misma y menos limitada (Rodríguez, Priede, Maeso, Arranz, & Palao, 2011).

Deterioro de la comunicación verbal

Según Urquiza & Casanova (2009), la comunicación oral es representativa de la especie humana y constituye quizás su rasgo evolutivo esencial. Es también su forma de comunicación más completa y compleja. En ella, el medio es el lenguaje y su elemento básico la palabra

Cuando sucede un deterioro en la comunicación verbal y del lenguaje que no se debe a un retraso mental o a deterioros neurológicos, sensoriales, es usualmente por defectos físicos que afecten directamente al habla y al lenguaje.

Este diagnóstico está relacionado a un defecto orofaríngeo, siendo más específicos a la ausencia de la nariz a causa del cáncer, el cual presenta múltiples repercusiones funcionales a nivel de la deglución, del habla, de la movilidad en miembros superiores, entre otras (Morón, 2014).

Revisando la fisiología y teniendo en cuenta que la emisión de sonidos requiere, al espirar, de una vibración particular de las cuerdas vocales acompañada de una ubicación adecuada de las diferentes piezas del aparato bucofaríngeo. Como es de imaginar estos músculos y cavidades son controladas a nivel cerebral, a través de los nervios que provienen del encéfalo. La orden motriz parte, por lo tanto, del córtex cerebral a nivel del área motriz primaria (área de Broca). Una vez dada la orden, el sonido emitido por las cuerdas vocales tras la exhalación del aire se caracteriza por la intensidad, el timbre y la altura. Boca y faringe actúan de cajas de resonancia y permiten la formación de los fonemas. Esto sería lo que formaría lo que conocemos por lenguaje expresivo, es decir la producción del lenguaje o el habla (Vives, 2002).

Las intervenciones a realizar en este diagnóstico serán direccionadas a mejorar la comunicación, en primer lugar, para conseguir este objetivo, establecimos un entorno basado en la buena comunicación y la atención, teniendo siempre en cuenta, y esto es muy significativo,

que la alteración de la comunicación no supone un déficit sensorial o mental, y por ello, que se debe evitar gritar al paciente o modificar nuestra forma de dirigirnos a ellos. Estos pacientes sienten con frecuencia sentimientos de impotencia, frustración, ira y/o ansiedad que pueden afectar a su recuperación. Además, el proporcionar tiempo y paciencia, evitará que el paciente se inquiete y abrume al transmitir el mensaje (Balbin, y otros, 2008).

Además, para lograr que haya una mayor eficacia en la comunicación, se han de los métodos de comunicación que se implementarán, porque la mejora de la comunicación será la labor de un equipo interdisciplinar formado por la enfermera, el logopeda y la familia (Bulechek, Butcher, & McCloskey, 2014).

Riesgo de cansancio del rol de cuidador

El cansancio en el cuidado del familiar a personas con enfermedades ha emergido durante los últimos años como un importante problema de salud pública y social. Esto ha generado un incremento de las responsabilidades de las familias, quienes contribuyen significativamente con el cuidado de personas con algún nivel de dependencia (Bohórquez, Castañeda, Trigos, Orozco, & Camargo, 2011).

Por lo general, las repercusiones en las relaciones personales que tiene el cáncer, como lo es en el paciente en estudio, se centran en las consecuencias que se provocan en los enfermos. Esta situación, no debe minimizar las repercusiones que se tiene en las personas que rodean al paciente de cáncer y en particular en la atención reflexiva de las formas en que se afecta al “cuidador primario” o “principal” de estos enfermos. La relevancia de este interés analítico parte de una atención ideal para las personas (cuidadores primarios) que cuidan a estos pacientes, y que deberían estar apoyados por un equipo de profesionales como lo menciona Austrich (2006), este equipo debe estar conformado por el personal médico, psiquiatras, psicólogos, enfermeras,

nutriólogos, fisioterapeutas y trabajadores sociales. Cosa que como es comprensible de principio no ocurre en la mayoría de los casos de esta manera.

Las intervenciones a realizar deben estar orientadas a apoyar al cuidador, quien requiere de apoyo social, el cual debe ser proporcionado por la familia o las instituciones de salud, entre otros. De igual manera, el cuidador requiere planificar su asistencia y cuidados al enfermo dejando un tiempo para sí mismo, estableciendo límites en el desempeño de su tarea, delegando funciones en otros miembros de la familia o en amigos, dejando de lado su papel de persona indispensable o de que nadie más podrá hacer las cosas mejor que ella, y sobre todo recordando que eso no quiere decir que ame menos al enfermo (Bátiz, 2008).

Además, Astudillo & Mendinueta 2003 sugieren que, el cuidador primario debe dejarse ayudar y procurar distribuir el trabajo en forma más equitativa y aceptar relevos para su descanso y pedir a los familiares, amigos o vecinos que le hayan manifestado alguna vez su deseo de apoyarle, que le sustituyan para poder descansar o cambiar de actividad y tener tiempo para sí mismo, a fin de evitar el agotamiento emocional. Dar un paseo, distraerse, leer un libro, ir a comer con un amigo, hacerse un regalo, etcétera, son formas muy eficaces para combatir el estrés del cuidador. Tiene, sobre todo, que procurar seguir haciendo su vida normal. Es saludable que mantenga su círculo de amigos y que pueda contar con una persona de confianza para hablar abiertamente sobre sus sentimientos y encontrar una salida a sus preocupaciones.

Disposición para mejorar el bienestar espiritual

Se ha determinado que la espiritualidad está asociada con una mejor salud y calidad de vida, asimismo, con una menor propensión al suicidio, incluso en pacientes terminales. La espiritualidad puede convertirse en una poderosa fuente de fortaleza promoviendo la calidad de vida y la adaptación a la enfermedad (Navas & Villegas, 2006).

El bienestar espiritual representa la habilidad para descubrir y articular un propósito personal en la vida, aprender cómo experimentar amor, disfrutar paz y sentido de logro contribuyendo a una mejor calidad de vida (Cajamarca, 2008).

Se ha observado que las pacientes con cáncer generan una gran demanda asistencial que aumenta a medida que se acerca el final de su enfermedad y se requiere abordar el tratamiento de una manera integral pues resulta común la presencia de trastornos como depresión, ansiedad, sufrimiento espiritual, o riesgo del mismo aunado al miedo.

Es por esto que una de las intervenciones necesarias es establecer una relación interpersonal enfermera-paciente, esta resulta útil para favorecer la expresión de sentimientos, actitudes y creencias del paciente, permitiendo la identificación de aspectos que llevan a explorar y comprender necesidades humanas como el bienestar espiritual que ayuda a la adaptación de la enfermedad y un mejor afrontamiento. La espiritualidad es un componente innato del ser humano que le motiva y le permite buscar un sentido a la vida a preguntarse sobre el origen, su identidad y bienestar espiritual; fortalece las capacidades de adaptación de las diferentes situaciones vitales (McClain, Rosenfeld, & Breitbart, 2003).

Capítulo IV

Evaluación y conclusiones

Se atendió al paciente durante 3 días, iniciando el 10 de agosto del 2018, hasta el 12 de agosto del 2018.

Se atendió al paciente J. P. B. en la unidad de oncología, durante 3 días, cuya valoración inicio el 10 de agosto y finalizó la atención el 12 de agosto del 2018.

El 1er día de atención fue en el turno mañana, el 2do. Día turno mañana y el 3er. día en turno mañana.

Evaluación por días de atención:

Primer diagnóstico.

CP Linfoma No Hodgkin de célula T/NK tipo nasal.

Objetivo parcialmente alcanzado: se logró controlar el linfoma durante los días que estuvo hospitalizado el paciente, sin embargo, por ser un diagnostico oncológico se sabe que será un proceso largo.

Segundo diagnóstico.

Trastorno de la imagen corporal

Objetivo alcanzado: el paciente mantuvo una mejor imagen corporal al disminuir la preocupación y temor de mostrar su nueva apariencia a los demás.

Tercer diagnóstico.

Deterioro de la comunicación verbal

Objetivo alcanzado: el paciente evidenció una mejoría en comunicación verbal, al mejorar su pronunciación.

Cuarto diagnóstico.

Riesgo de cansancio del rol de cuidador

Objetivo alcanzado: el familiar del paciente disminuyó el riesgo de cansancio del rol del cuidador.

Quinto diagnóstico.

Disposición para mejorar el bienestar espiritual

Objetivo alcanzado: el paciente evidenció disposición para mejorar el bienestar espiritual al continuar confiando en el tratamiento y teniendo esperanza en su recuperación.

Conclusiones:

De los cinco objetivos planteados, el segundo, tercero, cuarto y quinto fueron alcanzados, sin embargo, el primero fue parcialmente alcanzado porque el paciente tiene una enfermedad oncológica, la cual se encuentra en tratamiento continuo.

Bibliografía

- Acosta, L., Núñez, V., Vásquez, J., & Pino, J. (2012). Dosis única de ciclofosfamida disminuye la calidad espermática y el epitelio germinal masculino en ratones. *Revista Peruana de Biología*, 193-198. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rpb/v19n2/a11v19n2.pdf>
- Alfredo Covarrubias-Gómez. Arturo Silva-Jiménez, Eduardo Nuche-Cabrera, Mauricio Téllez-Isaías. (Octubre - Noviembre de 2006). El manejo del dolor postoperatorio en obstetricia: ¿Es seguro?'. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 29(4), 231-239. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2006/cma064g.pdf>
- Anaya, V., Ortiz, S., Victoria, H., Garcia, A., Jimenez, L., & Angeles, U. (2007). Prevalencia del lavado de manos y factores asociados al incumplimiento. Estudio sombra. *Medigraphic*, 141-146. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim073e.pdf>
- Astudillo, A., & Mendinueta, A. (2003). Necesidades de los cuidadores del paciente crónico. . En *Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida* (págs. 235-255). Madrid: Gipuzkoa .
- Austrich, S. (2006). *Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas. ¿Quién es la persona más adecuada para cuidar?* Mexico: Secretaría de Salud.
- Balbin, E., Sigston, E., Hitier, M., Dehesdin, D., M. J., & Choussy, O. (2008). uality of life in head and neck cancers patients: predictive factors, functional and psychosocial outcome. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 265-270.
- Ballinas, J., Arenas, R., Vega, M., & Toussaint, S. (2016). Linfoma nk-t extraganglionar tipo nasal: a propósito de un caso en un adolescente. *DermatologíaCMQ*, 129-134. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2016/dcm162g.pdf>

- Barbero, J. (2006). El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600003
- Bátiz, A. (8 de Noviembre de 2008). *¿Cuidamos a los cuidadores?* Obtenido de <http://www-enelcorreodigital>
- Bohórquez, V., Castañeda, B., Trigos, L., Orozco, L., & Camargo, F. (2011). Eficacia de la intervención enfermera para cuidadores con cansancio del rol del cuidador. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(3), 210-219. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2011/cnf113e.pdf>
- Briseño, G., Rodriguez, S., Hernandez, M., & Luna, F. (2004). Linfoma angiocéntrico centrofacial, reporte de un caso. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 137-140. Obtenido de <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-4/RFM47402.pdf>
- Bulechek, G., Butcher, H., & McCloskey, J. (2014). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Barcelona: Elsevier.
- Cajamarca, O. G. (2008). *Determinación de conceptos*. Cajamarca. Obtenido de <http://www.unc.edu.pe/>
- Cardona Duque , E. (2000). Manejo de líquidos en el paciente quirúrgico. *IATREIA*, 221-229.
- Centro colaborador de La Administración Nacional de Medicamentos, a. y. (22 de Octubre de 2007). *ANMAT*. Obtenido de <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/v010.htm>
- Chon, I., Chi, D., León, R., Blanco, J., Cuevas, I., Rodríguez, A., . . . Roca, C. (2009). La importancia del estado nutricional para el paciente oncológico. *Rev Cubana Aliment Nutricion*, 133 - 145. Obtenido de http://www.revicubalimentanut.sld.cu/Vol_19_1/RCAN_Vol_19_1_Pages_133_145.htm

- Doenges, M., Moorhouse, M., & Murr, A. (2008). *Planes de cuidados de enfermería*. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- Fernández, A. I. (2004). ALTERACIONES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS A LOS CAMBIOS EN LA APARIENCIA FÍSICA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS. *Psicooncología*, 169-180. Obtenido de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404120169A/16214>
- Fernández, A., Vizcaíno, A., Rodríguez, I., Carretero, P., Garrigosa, L., & Cruz, M. (2010). Hemorragia durante la cesárea: Factores de Riesgo. *Clínica e investigación en Ginecología y obstetricia*, 89-132. doi:10.1016/j.gine.2009.06.002
- García, C., Flores, M. d., Gómez, V., Gordillo, A., & García, C. (2014). Proceso de Enfermería en pacientes de postcesárea: Un reto para el sector salud Mexiquense. *Revista Horizonte*, 29-36.
- Gómez, C., Feliú, J., & González, M. (2006). Prevención y control de las náuseas y los vómitos inducidos por quimioterapia. *Medicina Clínica*, 143-151.
- Guevara, M., Castellanos, R., Robinson, J., & Vasquez, L. (2002). El sistema inmune en los estados de salud y enfermedad. *MEDISAN*, 60-68.
- Karlsson, H., & Pérez Sanz, C. (2009). Hemorragia postparto. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 159-167.
- López, F., Aquino, C., Sibaja, L., Aquino, M., Toussaint, S., & Arenas, R. (2017). Linfoma extranodal t/nk tipo nasal variante extranasal. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *DermatologíaCMQ*, 22-25. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2017/dcm171f.pdf>
- McClain, C., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally ill cancer patients. *Lancet*, 1603-7.

- Meneses, A., Súchil, L., De la Garza, J., & Gómez, E. (2002). Linfomas angiocéntricos centrofaciales de células T/NK. Aspectos histopatológicos y algunas consideraciones clínicas de 30 pacientes del Instituto Nacional de Cancerología, México. *Medigraphic*, 410-416. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2002/cc026d.pdf>
- Morón, M. (2014). *Fisioterapia para la disfuncion deglutoria tras cirugía de cancer oral: Estudio de caso*. Almería: Universidad de Almería.
- NANDA. (2015-2017). *Diagnosticos enfermeros definiciones y clasificaciones*. España: Elsevier.
- Natalia Carvalho Borges 1. (s.f.).
- Natalia Carvalho Borges, B. C. (Octubre de 2017). Dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea. *Enfermería Global*(48), 354-363.
doi:<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267721>
- Navas, C., & Villegas, H. (2006). ESPIRITUALIDAD Y SALUD. *Revista ciencias de la educación*, 1(27), 29-45.
- Ovalle, Martha Patricia Lázaro; Pedro José Herrera Gómez. (2018). Caracterización del dolor agudo postoperatorio en pacientes llevadas a cesárea más ligadura tubárica, cesárea o ligadura tubárica bajo anestesia regional. *CARACTERIZACIÓN DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO EN PACIENTES*. Bogotá, Colombia. Obtenido de bdigital.unal.edu.co/62085/1/1091533505.2018.pdf
- Penagos, S., Dary, L., & Vera, F. (2004). Control de signos vitales. En F. Cardioinfantil, *Guías para manejo de urgencias* (págs. 1465- 1473). Bogotá.
- Real Academia Española. (15 de ABRIL de 2019). *RAE*. Obtenido de <http://www.rae.es/>

- Rodríguez, B., Priede, A., Maeso, A., Arranz, H., & Palao, Á. (2011). Cambios psicológicos e intervenciones basadas en mindfulness para los supervivientes de un cáncer. *Psicooncología*, 7-20. Obtenido de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1111120007A/35029>
- Rorarius, M. (1993). Diclofenac and ketoprofen for pain treatment after elective caesarean section. *British Journal of Anaesthesia*, 293-297.
- Rosales Barrera, S. (2004). *Fundamento de Enfermería 3ª Edición*. México, México : El Manual Moderno.
- Salaberria, K., Rodríguez, S., & Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 171-183. Obtenido de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34445454/08171183.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1552954254&Signature=5DauSYLSJ0fhuKjwVrpYvTLHunA%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DPercepcion_de_la_imagen_corporal.pdf
- Trill, M., Trill, J., & Goyanes, A. (2003). Tumores de cabeza y cuello. En D. Trill, *Manual de Psico-oncología* (págs. 145-63.). Madrid: Editorial Ades.
- Urquiza, R., & Casanova, R. (2009). Comunicación oral, aspectos básicos de su desarrollo, patología y tratamiento. *REV. MED. CLIN. CONDES*, 515 - 527. Obtenido de http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_20_4/515_COMUNICACION_ORAL.pdf
- Vives, M. (2002). *Trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación*. Barcelona: Universidad Autònoma de Barcelona.

Wilde, M., & Markham, A. (1996). *Ondansetron, una revisión de su farmacología y hallazgos clínicos preliminares en nuevas aplicaciones*. Springer International Publishing.

doi:10.2165/00003495-199652050-00010

Apéndices

Apéndice A: Guía de valoración

Universidad Peruana Unión – Escuela de Posgrado – UPG Ciencias de la Salud

DATOS GENERALES

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F () M ()
 Historia Clínica: _____ DNI N° _____ Teléfono: _____
 Procedencia: Emergencia () Consultorios Externos () Otros: _____

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas:

HTA () DM () Gastritis/úlceras () TBC () Asma ()
 Otros: _____

Antecedentes Familiares:

Madre.....

Padre.....

Hermanos.....

Alergias y Otras Reacciones: Medicamentos () Otros: _____

Estilos de Vida/Hábitos: Hace Deporte ()

Consumos de Agua Pura () Comida Chatarra ()

Estado de higiene: Buena () Mala () Regular ()

Factores de Riesgo:

Consumo de tabaco: No () si () especifique.....

Consumo de drogas

Consumo de alcohol: si () no ()

Hospitalizaciones Previas: Si () No ()

Descripción: _____

Consumo de Medicamentos Prescritos: Si () No ()

Especifique: _____

¿Qué sabe de su enfermedad actual? _____

¿Qué necesita saber sobre su enfermedad? _____

PATRON RELACIONES-ROL

Ocupación: _____

¿Labora actualmente? Si () No ()

Estado Civil: S () C () V () D () Otros _____

Tipo de Vivienda: Material noble () Adobe () prefabricada ()

Servicios: Agua () Luz () Teléfono () desagüe ()

La vivienda que ocupa es: Alquilada () Propia ()

¿Con quienes vive? Padres () esposa(o) () Hijos ()

Otros _____

Ante un problema Usted acude a: sus Padres () Esposa ()

Amigos () otros _____

Somnoliento () Confuso () Irritable ()

Alteración Sensorial: Visuales () Auditivas () Lenguaje ()

Otros: _____ Especifique: _____

Presenta dolor y/o molestias? Si () No ()

- Frecuencia. Siempre () A veces () Nunca ()

PATRON VALORES-CREENCIAS

Religión: _____ Bautizado en su Religión: Si () No ()

Restricción Religiosa: _____

¿Acude a su Iglesia? Si () No () A veces ()

PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO

Estado Emocional: Tranquilo () Ansioso () Irritable ()

Negativo () Indiferente () Temeroso ()

Intranquilo () Agresivo ()

TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL STRESS

Relación con los familiares:

Afectiva () Indiferente ()

Preocupaciones principales.....

.....

.....

PATRON DESCANSO-SUEÑO

Sueño: conservado ()

Alterado: Por enfermedad () Por terapéutica ()

Se siente agotado en el día: Si () No ()

¿Realiza alguna actividad de relajación o distracción? Si () No ()

Especifique _____

¿Cuántas horas duerme al día? _____

PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO

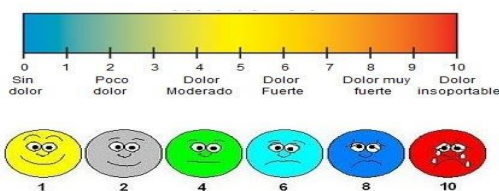
Nivel de Conciencia: Orientado () Alerta () Despierto ()

lesiones: eritema () úlcera () necrosis ()

Lugar.....

Higiene:

Buena () regular () mala ()

Escalas de dolor**PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO****Frecuencia Respiratoria:** _____**Ritmo:** Regular () Irregular ()

Presenta tos: Si () No ()

Presencia de secreciones bronquiales: Si () No ()

Características de las secreciones bronquiales: _____

Ventilación /oxigenación: Espontánea () Asistida ()

¿Se cansa con facilidad? Si () No ()

Ruidos agregados:

Ninguno () roncantes () crepitantes ()

Sibilantes () :

Inspiratorio () espiratorio () Estridor ()

Actividad Circulatoria:**FC:** _____ **PA:** _____**Presencia de vías invasivas:** vía periférica () CVC ()

Cateter Porth ()

Actividades Habituales

Capacidad de autocuidado:

0 = Independiente () **1** = Ayuda de otros ()**2** = Ayuda del personal () **3** = Dependiente ()

ACTIVIDADES	0	1	2	3
Deambula				
Ir al baño / bañarse				
Tomar alimentos				
Vestirse				

Edema: Presente () ausente ()

Lugar: _____

Fuerza Muscular: Conservada () Disminuida ()**Movilidad de Miembros:**

Contracturas () Flacidez () Parálisis ()

Comentarios: _____

Aparatos de ayuda para movilizarse:

Andador () Muletas () Silla de ruedas () Ninguno ()

Otros: _____

PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO**Temperatura:** _____**Piel:** Normal () Pálida () Cianótica () Ictérica ()**Hidratación de piel y mucosas:** Húmeda/ turgente ()

seca () agrietada ()

Integridad de la piel y mucosa: intacta ()

Observación: _____

Cavidad Oral:

Dentadura: Completa () Prótesis () Incompleta () Ausente ()

Mucosas Orales: Intacta () Lesiones ()

Observaciones: _____

Peso: Peso actual: _____ Pérdida de Peso desde el Ingreso:

Si () No ()

Cuanto Perdió: _____

Apetito: Normal () Disminuido ()

Tolerancia oral: Náusea () Vómitos ()

Cantidad de los vómitos: _____ Características: -¿_____

Dificultad para Deglutir: Si () No ()

Especificar: _____

Abdomen: B/D () Distendido () Timpánico () Doloroso ()

Comentarios Adicionales: _____

Herida Operatoria: Si () No ()

Ubicación: _____ Características: _____

Apósitos y Gasas: Secos () Húmedos ()

Serosos () Hemáticos () Sero-hemáticos ()

Observaciones: _____

PATRÓN ELIMINACIÓN**Flujo Urinario:**

Normal () Oliguria () Anuria ()

Características de la orina

Amarillo ámbar () hematuria () colúrica ()

Uso de dispositivos: _____**Evacuación intestinal:**

Normal () estreñido () diarrea ()

Características:

Grumosa () acuosa () semiacuosa ()

Melena () disenteria () acolia ()

Nro. Deposiciones: Normal al día

Portador: yeyunostomía () colostomía ()**PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN**

Ha disminuido su interés sexual: Si () No ()

La enfermedad influye negativamente su vida sexual: Si () No ()

Tiene pareja única: Si () No ()

Tiene relaciones con múltiples personas: Si () No ()

Tiene relaciones esporádicas c/ personas desconocidas: Si () No ()

Acude a control gineco-urologico de prevención de Ca: Si () No ()

Edad de la menarquia:

Edad de menopausia:

Secreciones anormales en genitales: Si () No ()

FIRMA : _____**ENFERMERA:** _____**CEP:** _____**FECHA:** _____

Apéndice B: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión
Escuela de Posgrado
UPG de Ciencias de la Salud.

Consentimiento informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con cáncer y en tratamiento quimioterápico. El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería al paciente en: La Sala de Quimioterapia u Hospitalización del HN.LNS.PNP. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Maritza Patricia Morales Cabanillas, alumna de La Escuela de Posgrado-UPG de ciencias de la salud, Universidad Peruana Unión bajo la asesoría de la Dra..... La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización.

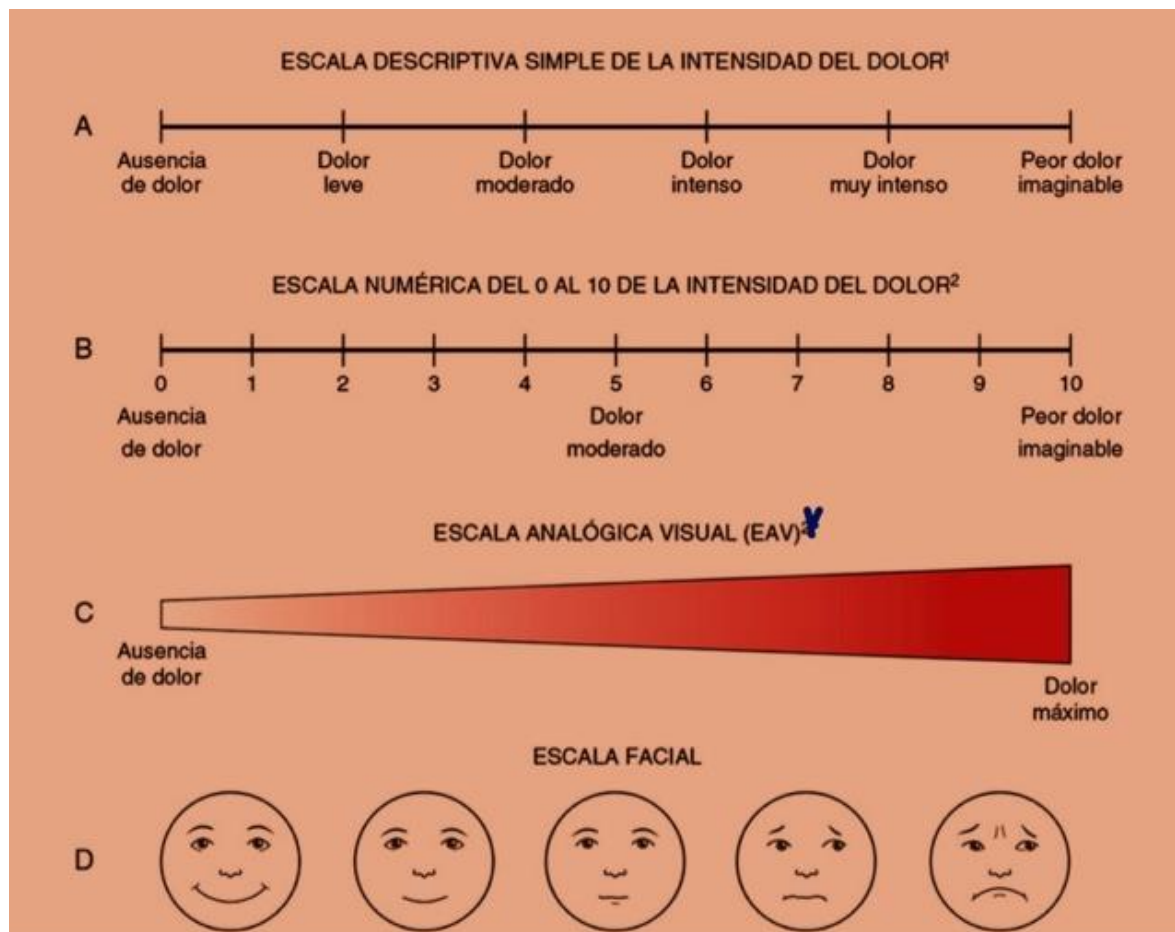
Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre del paciente: _____

DNI: _____ Fecha: _____

Firma del paciente

Apéndice C: Escalas de evaluación



ESCALA DE DEPENDENCIA

Nivel	1	2	3
Movilización en cama	X		
Deambulación	X		
Ir al baño/bañarse	X		
Tomar alimentos	X		
Vestirse	X		

1= Independiente 2= Parcialmente dependiente 3=Dependiente